

cewników dożylnych z podskórną wszczepioną komorą typu "Port" zmniejsza u nich ból i stres związany z pobytym w szpitalu. Od stycznia 1994 do czerwca 1998 roku założono w Klinice Pediatrii i Hematologii w Zabrzu 70 centralnych cewników dożylnych typu "Port". Przeanalizowano kliniczne perspektywy użytkowania zestawów, ze szczególnym uwzględnieniem powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych. Na podstawie własnych doświadczeń uważamy, że centralne dojścia żyłne typu "Port" są bezpieczne w użytkowaniu i dają pewny dostęp naczyniowy przez cały okres leczenia.

65P

„Zastosowanie głowicy endoskopowej w diagnostyce ultrasonograficznej guzów jamy ustnej i gardła”

Z. Szmeja, M. Kordylewska, D. Mielcarek – Kuchta, E. Waśniewska, M. Wierzbicka
Klinika Otolaryngologii Akademii Medycznej w Poznaniu

Ocena kliniczna zmian nowotworowych zlokalizowanych w obrębie migdałka podniebiennego i języka może nastręczać wiele trudności. Zastosowanie do diagnostyki ultrasonografii przez skórnej, tomografii komputerowej czy tomografii jądrowego rezonansu napotyka na liczne ograniczenia. Poza warunkami anatomicznymi oraz ograniczeniami metody badania są nimi: koszt pojedynczego badania oraz aparatury, ograniczona dostępność.

Autorzy przedstawiają wyniki badań 53 guzów języka i 58 guzów migdałka podniebiennego wykonanych przy użyciu głowicy ultrasonograficznej endoskopowej. Pozwoliły one dokładnie określić wielkość, lokalizację zmiany, stopień odgraniczenia od tkanek otaczających, wykryć drobne ogniska leżące satelitarne do głównej masy guza. Ocena echo struktury zmiany pozwoliła w niektórych przypadkach usunąć podejrzenie co do charakteru guza oraz zaplanować dalsze badania diagnostyczne i sposób leczenia.

66P

Rozkład dawki w brachyterapii ginekologicznej – analiza obszarów wysokiej dawki

R. Kabacińska, A. Lebioda
Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Przeanalizowano rozkłady dawek 60 pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Pacjentki poddane zostały brachyterapii LDR z użyciem aparatu typu Seletron.

Przyjęto założenie, że prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań po leczeniu związane jest z wielkością obszaru wysokiej dawki, tzn. obszaru objętego izodozą dwukrotnie większą od izodozy referencyjnej. Wyznaczono następujące parametry analizowanych planów leczenia:

- objętość referencyjną
- objętość wysokiej dawki

- stosunek objętości wysokiej dawki do objętości referencyjnej
- parametry geometryczne układu aplikatorów (długość sondy, odległość między aplikatorami pochwowymi i inne)

Przeprowadzono analizę statystyczną wyznaczonych parametrów oraz próbę wyznaczenia korelacji między parametrami związanymi z objętością a parametrami geometrycznymi i schematem rozmieszczenia izotopu. Wyciągnięto wnioski dotyczące prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań oraz stałości schematu rozmieszczenia izotopu i powtarzalności rozkładu dawki u leczonych pacjentek.

67P

„Pseudotumor” (idiopatyczne zapalenie) oczodołu – leczenie ze szczególnym uwzględnieniem roli radioterapii.”

J. Kubrak, A. Jarema, A. Rubik, D. Rogowska, M. Lewocki
Klinika Radioterapii PAM w Szczecinie

Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu 3 przypadków idiopatycznego zapalenia oczodołów w latach 1990-1998 w Klinice Radioterapii PAM.

Badanie okulistyczne, USG, KT, MR i histologiczna weryfikacja są podstawą rozpoznania. Systemowa sterydokortykoterapia jest zalecana jako pierwotne leczenie idiopatycznego zapalenia oczodołów, pomimo niskiego odsetka wyleczeń i wysokiego odsetka nawrotów. Z powodzeniem stosowane bywa leczenie chirurgiczne. Radioterapia jest bardziej efektywną metodą leczenia. Powinna zawsze być rozważana we wcześniejszych okresach choroby u chorych z większym ryzykiem transformacji złośliwej, tj. u chorych w starszym wieku z podostrym początkiem choroby, hypoechogenicznymi zmianami w badaniu USG, niewielkim odczynem zapalnym. Napromienianie oczodołów przeprowadzono w warunkach teleterapii promieniami gamma Co^{60} , fotonami 10 MeV stosując dawki rzędu 20-36 Gy w 10-18 frakcjach.

68P

„Ocena tolerancji konformalnej radioterapii z zastosowaniem dawek całkowitych powyżej 70 Gy u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca. Doniesienie wstępne.”

L. Kępka, P. Kukołowicz, J. Fijuth
Centrum Onkologii w Warszawie

Cel pracy:

Ocena wczesniej i późnej tolerancji radioterapii z zastosowaniem dawek całkowitych powyżej 70 Gy przy użyciu technik konformalnych. Ocena przydatności histogramów dawka-objętość (dose volume histograms - DVH) do przewidywania toksyczności leczenia. Ocena przeżycia i przyczyn niepowodzeń po leczeniu.

Materiał i metoda:

Od grudnia 1997 roku włączono do badania 16 chorych z rozpoznaniem nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca (NSCLC). Oceny stopnia klinicznego zaawansowania raka dokonano przy użyciu klasyfikacji TNM/UICC stwierdzając stopień I/II u 6 chorych, stopień IIIA u 5 chorych, stopień IIIB u 2 chorych. W 3 przypadkach radioterapię zastosowano z powodu miejscowej i/lub regionalnej wznowy po uprzednim leczeniu chirurgicznym. U większości chorych (11/16 - 69%) stwierdzono utkanie raka płaskonabłonkowego. Na podstawie obrazów tomografii komputerowej wykonanych w pozycji terapeutycznej dokonywano trójwymiarowego planowania leczenia z zastosowaniem TMS (Helax) z wykorzystaniem BEV (beams eye view). We wszystkich przypadkach zastosowano elektywne napromienienie do dawki 56 Gy węzłów chłonnych (w.ch.) z objęciem niezajętych w. ch. wnęki, przed/i przytchawicznymi po stronie guza oraz w.ch. pod rozwidleniem tchawicy (grupy 2,3,4,5,6,7 wg klasyfikacji AJCC). W punkcie referencyjnym ICRU (obszar GTV z 1-centymetrowym marginesem tkanek zdrowych) dawka całkowita wynosiła 74 Gy u 13 chorych (81%), 72 Gy u 2 chorych i 70 Gy u 1 chorego. Stosowano frakcjonowanie konwencjonalne (dawka frakcyjna 2 Gy przez 5 dni w tygodniu). Wielkość GTV (guz i/lub powiększone węzły chłonne) z 1-centymetrowym marginesem wahała się od 61 cm³ do 400 cm³, średnio 191 cm³. DVH były oceniane dla obydwu płuc, serca, przełyku i rdzenia kręgowego. Ostry odczyn popromienny oceniano w skali WHO, a późny odczyn w skali RTOG/EORTC.

Wyniki:

Okres obserwacji jest krótki (średnio 112 dni). Jeden chory nie ukończył leczenia z powodu ujawnienia się odległych przerzutów. 11 chorych (11/16 - 69%) żyje bez cech klinicznej progresji. U 2 chorych z tej grupy stwierdzono całkowitą regresję nowotworu (w 1 przypadku potwierdzoną histologicznie). U 1 chorego, po częściowej odpowiedzi na leczenie, wystąpiła progresja w napromienianym polu. U 1 chorego stwierdzono przerzut do węzłów chłonnych nadobojczykowych nieobjętych napromienianiem. U 2 chorych z częściową odpowiedzią na leczenie wystąpiły odległe przerzuty w trakcie obserwacji. Średnia dawka podana na obszar płuc wahała się od 11 do 25 Gy (średnio 18 Gy). Maksymalna dawka na rdzeń kręgowy nie przekraczała 50 Gy (w 1 przypadku wyniosła 52 Gy z powodu błędu technicznego). Tolerancja leczenia była dobra. U 1 chorego stwierdzono III stopień toksyczności (wg WHO) ze strony przełyku.

Wnioski:

Bezpośrednia tolerancja leczenia z zastosowaniem dawki całkowitej powyżej 70 Gy z użyciem technik konformalnych w radioterapii NSCLC jest dobra. Dla oceny późnej toksyczności i przydatności DVH do jej przewidywania konieczne jest dłuższy okres obserwacji. Również ocena spodziewanego wpływu podwyższenia dawki na miejscową wyleczalność i przeżycie będzie możliwa po uzyskaniu większej liczebności materiału. Wstępne wyniki zachęcają do kontynuowania badania. Konieczność elektywnego napromieniania węzłów

chłonnych u chorych z NSCLC wymaga potwierdzenia w kontrolowanym badaniu klinicznym.

69P

"Badania nad apoptozą komórek raka płaskonabłonkowego jamy ustnej."

K. Adamska, J. Skowronek, K. Filipiak*, W. Warchol**

I Oddział Radioterapii Ogólnej, WCO w Poznaniu

*Zakład Radiobiologii i Biologii Komórki AM w Poznaniu

**Katedra i Zakład Biofizyki AM w Poznaniu

Cel pracy:

Programowana śmierć komórki (apoptoza) jest procesem prowadzącym do śmierci komórki, który zachodzi również w guzach nowotworowych. Celem pracy było zbadanie zależności pomiędzy występowaniem apoptozy a wybranymi cechami klinicznymi i histopatologicznymi w grupie chorych na raka jamy ustnej. Ponadto porównano odsetki komórek apoptotycznych z ploidią badanych guzów.

Materiał i metody:

Materiał do badań stanowiły świeże wycinki z guzów nowotworowych jamy ustnej pobranych w trakcie zabiegu operacyjnego. Komórki do badań izolowano enzymatycznie i barwiono metodą Feulgena. Z przygotowanych komórek wykonywano rozmazy, które analizowano przy pomocy cytometru obrazowego. Odsetek komórek w poszczególnych fazach cyklu i apoptozie oceniano przy użyciu programu CY-FIT.

Wyniki:

Stwierdzono dużą różnorodność badanego materiału. Odsetek komórek apoptotycznych nie był powiązany z wybranymi cechami klinicznymi i histologicznymi. Ponadto nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych odsetka komórek apoptotycznych od ploidi guza.

70P

"Użyteczność oznaczenia stężenia CEA w surowicy krwi w monitorowaniu pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego."

T. Bojarowski, K. Bojarowska, I. Gisterek

Katedra Onkologii AM we Wrocławiu

Celem badania było stwierdzenie czy oznaczanie poziomu CEA u chorych operowanych z powodu raka jelita grubego przynosi korzyści pod postacią wcześniejszego wykrywania wznowy (w okresie bezobjawowym) i czy to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zastosowania radykalnego leczenia nowotworu nawrotowego.

Materiał do badań stanowiły dane dotyczące 123 pacjentów poddanych pierwotnie radykalnym zabiegom operacyjnym z powodu raka jelita grubego w latach 1992-1994 w Oddziałach Chirurgicznych Dolnośląskiego Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu.

Wśród chorych było 70 mężczyzn (57%) i 53 kobiety (43%). Nowotwór najczęściej - w 94 przypadkach (76,4%) - zlokalizowany był w odbytnicy, w pozostałych przypadkach guz miał lokalizację w okrężnicy.